

Как видно из Табл.1, биологический (истинный) возраст исследуемых мужчин в обеих группах оказался несколько выше паспортного (календарного) возраста. Результаты требуют дальнейшего осмысления: вероятно, на биологический возраст мужчин влияют особенности профессии или наличие вредных привычек.

Среди женщин ситуация обратная – их истинный (биологический) возраст меньше календарного, причем в группе женщин с АГ отличия КВ и БВ достоверны (См. Табл.1). Женщины выглядят моложе своих паспортных лет, возможно, из-за «естественных» 9-месячных гипоксий во время вынашивания детей, что, по мнению многих ученых, продлевает молодость и активное долголетие женщин. Но женщины обеих исследуемых групп не отличались по количеству детей (у каждой есть по 1-2 ребенка), поэтому нельзя исключить, что женщины, выглядящие гораздо моложе своих «паспортных» лет, чаще болеют артериальной гипертензией. Данная гипотеза имеет право на существование и требует детального изучения, тем более, что среди обследованных женщин с АГ совсем не встречались лица, которые выглядели старше своих лет - в контрольной же группе таких женщин было 34,78% (См. Табл.1). У трёх пациенток из группы контроля и у 1 пациентки с АГ БВ совпадал с КВ.

Выводы. 1. Фактором риска АГ у мужчин является повышение пульсового артериального давления больше 40 мм рт. ст. 2. Женщины со значительным отставанием биологического возраста от паспортного (выглядящие моложе своих лет) чаще болеют АГ. 3. Проблема изучения возможных факторов риска АГ по-прежнему остается актуальной.

Литература:

1. Лазебник, Л. Б. Влияние продуктов пчеловодства на биологический возраст / Л. Б. Лазебник, Е. А. Дубцова, Ю. В. Конев // Материалы VII съезд науч. о-ва гастроэнтерологов России, посвящ. 40-летию Всес. НИИГ-ЦНИИГ. – М. : Анахарсис, 2007. – С. 446–447.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ АЗИТРОМИЦИНА И РИФАМПИЦИНА В ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХЛАМИДИЙНОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

*Литвяков А.М., Пальгуева А.Ю., Сиротко О.В., Афолина А.Ю.,
Солодовникова С.В., Лагутчев В.В., Сергеевич А.В.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Патогенез реактивного артрита (РеА) существенно не различается в зависимости от вида индуцирующей его инфекции. Поэтому патогенетические методы лечения этого заболевания, включающие в себя противовоспалительные средства (НСПВП, глюкокортикостероиды, сульфасалазин и др.) практически одинаковые. В то же время этиотропные

методы лечения, включающие в себя устранение очага инициирующей РеА инфекции, подавление жизнедеятельности персистирующих в мезенхимальных клетках возбудителей существенно различаются. Так, при кишечном этиологическом варианте РеА, патогенные микроорганизмы в кишечнике уже, как правило, отсутствуют. В клеточных элементах суставных и энтезиальных тканевых структур также не удавалось обнаруживать признаки персистенции кишечных патогенов. В то же время, при урогенитальной, в первую очередь хламидийной природе РеА, нередко выявлялись характерные признаки хронической урогенительной инфекции, а в синовиоцитах суставов и фибробластах энтезиальных тканей обнаруживалась персистенция аберрантных форм хламидий. Поэтому, при лечении пациентов с острым и хроническим реактивным артритом (РеА), индуцированным кишечными возбудителями применять антибиотики считается нецелесообразным [1], тогда как при хламидийной этиологии заболевания это абсолютно необходимый компонент лечебного комплекса [2].

Цель исследования. Выполнить анализ существующих методов эрадикации хламидийной инфекции, провести анализ эффективности применяемой в нашей практике методологии многокомпонентной и длительной антибиотикотерапии персистирующего хламидиоза у пациентов с доказанной хламидийной этиологией РеА.

Материал и методы. Согласно рекомендациям CDC (Center for Diseases Control and Prevention, USA, 2015) по лечению инфекций, передаваемых половым путем, эрадикацию мочеполового хламидиоза может обеспечить непродолжительная монотерапия одним из антибиотиков, относящихся к группам макролидов, тетрациклинов, фторхинолонов, пенициллинов [3]. Однократный прием внутрь 1 г азитромицина или 7-дневный курс перорального лечения доксициклином по 100 мг два раза в сутки считаются достаточными для излечения 97-98% случаев неосложненной хламидийной инфекции [4]. Также получены убедительные доказательства, что даже продленная до 3-9 месяцев монотерапия любым из рекомендованных CDC антибиотиков, непригодна для эрадикации системной хламидийной инфекции, инициирующей и поддерживающей РеА [5,6].

Эффективная антибактериальная терапия РеА, ассоциированного с персистирующей хламидийной инфекцией, должна быть длительной, не менее 6-9 месяцев, а применяемые препараты должны обладать еще и противовирусным эффектом. Такими свойствами обладают антибиотики из группы ансамицинов, которые являются ингибиторами β -субъединицы ДНК-зависимой РНК-полимеразы бактерий, некоторых вирусов, а также митохондрий эукариотических клеток. Все члены группы ансамицинов (ansamycins), в которую входят рифампицин, рифампин (rifampin), рифабутин (rifabutin), рифапентин (rifapentine), рифалазил (rifalazil), целенаправленно разрабатывавшиеся, в первую очередь, для увеличения эффективности

лечения туберкулеза, обладают исключительно высоким антибактериальным потенциалом и по отношению к *Chlamydia* [7,8].

Не обнаруживалось признаков появления резистентности к рифампицину, если инфицированные *C. trachomatis* клетки инкубировались в среде, содержащей одновременно рифампин и азитромицин. Такое сочетание антибиотиков оказалось более эффективным, чем один азитромицин или рифампин в подавлении трансляции хламидийной рРНК с последующей ингибацией синтеза бактериальных протеинов, в том числе бактериальных белков теплового шока группы HSP60 (GroEL) и MOMP [7]. В настоящее время получены убедительные доказательства клинической эффективности комбинированной пролонгированной антибактериальной терапии хронического хламидийного РеА с использованием рифампицина в комбинации с азитромицином или доксициклином [1,2]. Такое лечение позволяло получить положительный клинический эффект у 63% пациентов с хламидийным РеА [2].

Результаты и обсуждение. Мы провели анализ результатов 8-летнего (с 2008 по 2016 г) исследования использования комбинации азитромицина и рифампицина при для лечения хламидия-ассоциированного РеА. Такая методика лечения по основным параметрам близка к опробированной J.D.Carter [1,2]. Пациенты с впервые выявленным и/или рецидивирующим РеА и ПЦР-верифицированной хламидийной мочеполовой инфекцией получали перорально азитромицин по 1000 мг ежедневно в течение первых двух дней и, затем, по 500 мг дважды в неделю, а со второго дня перорально 450 мг рифампицина ежедневно в один прием. Продолжительность лечения 9 месяцев. У 94 из 96 (97,9%) пациентов с первично диагностированным РеА, ассоциированного с хламидийной инфекцией, пролеченных по описанной выше технологии, в течение 3 лет наблюдения не было рецидивов артрита. У 60 из 67 (89,6%) пациентов с хроническим рецидивирующим РеА после проведенного лечения в течение 3 лет наблюдения отсутствовали рецидивы обострения РеА, не выявлялась негативная рентгенологическая и МРТ-контролируемая динамика изменений суставов и энтезов, возникших до начала лечения. Во всех случаях после проведенного лечения по данным ПЦР-диагностики не было установлено присутствия хламидий в мочеполовой системе. Таким образом, патогенетически обоснованная методология лечения хламидийного РеА комбинацией двух антибиотиков из групп ансамицинов (рифампицин) и макролидов (азитромицин) позволяет получать обнадеживающие позитивные результаты.

Выводы. Длительная (9 месяцев) терапия комбинацией антибиотиков из группы ансамицинов (рифампицин) и из группы макролидов (азитромицин) позволила получать положительный клинический эффект в лечении как острого, так и хронического хламидийного реактивного артрита.

Литература:

1. Carter, J. D. Treating reactive arthritis: insights for the clinician / J. D. Carter // Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease. – 2010. – Vol. 2. – P. 45.
2. Combination Antibiotics as a Treatment for Chronic Chlamydia-Induced Reactive Arthritis / J. D. Carter [et al.] // Arthritis Rheum. – 2010. – Vol. 62, N 5. – P. 1298–1307.
3. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015 // MMWR Recomm Rep. – 2015. – Vol. 64, N 3. – P. 1–140.
4. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections / E. Lanjouw [et al.] // Int J STD AIDS. – 2016. – Vol. 27, № 5. – P. 333–348.
5. Antibiotic treatment and long term prognosis of reactive arthritis / K. Laasila [et al.] // Ann. Rheum. Dis. – 2003. – Vol. 62. – P. 655–658.
6. Comparing 10-day and 4-month doxycycline courses for treatment of Chlamydia trachomatis-reactive arthritis: a prospective, double-blind trial / N. Putschky [et al.] // Annals of the Rheumatic Diseases. – 2006. – Vol. 65. – P. 1521–1524.
7. Effect of azithromycin and rifampin on Chlamydia trachomatis infection in vitro / U. Dreses-Werringloer [et al.] // Antimicrob. Agents Chemother. – 2001. – Vol. 45. – P. 3001–3008.
8. Development potential of rifalazil / D. M. Rothstein [et al.] // Expert Opin. Investig. Drugs. – 2003. – Vol. 12. – P. 255–271.

ОЦЕНКА ПРИЕМА ПРОБИОТИЧЕСКОГО ПРОДУКТА АЦИДОФИЛЛИН ПРИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕГОСПИТАЛЬНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

**Немцов Л.М.¹, Сезеневская О.М.², Павлова И.Н.¹, Уткевич Л.Е.²,
Ландарев Е.Е.², Гирса В.Н.²**

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебская городская клиническая больница
скорой медицинской помощи»²

Актуальность. Пробиотики (синоним эубиотики) — непатогенные для человека бактерии или другие микроорганизмы, обладающие антагонистической активностью в отношении патогенных и условно патогенных микроорганизмов, и способные восстановить нормальную микрофлору. Чаще всего в качестве пробиотиков используются определенные штаммы лактобактерий и бифидобактерий [1,2].

Существуют противоречивые сведения о возможности применения пробиотиков в отношении профилактики и лечения различных заболеваний.